

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ (за матеріалами XX з'їзду хірургів України, Тернопіль, 2002)

Б.М.Боднар, В.Л.Брожик, С.В.Шестобуз

Кафедра дитячої хірургії (зав. – проф. Б.М.Боднар) Буковинської державної медичної академії

У XX столітті набули подальшого розвитку різноманітні напрями хірургічної науки і практики, які з часом виокремилися в самостійні спеціальності. Нині досить успішно працюють лікарі в галузі хірургії дитячого віку. За останні роки активно розробляються пріоритетні напрями з діагностики та лікування внутрішніх кровотеч, захворювань печінки.

Так, у клініці хірургії дитячого віку Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця з 1981 по 2001 р. проліковано 300 дітей, хворих на портальну гіпертензію. Д.Ю.Кривченя та ін. рекомендують дотримуватися такої тактики: проводять верхню серединну лапаротомію, прошивають ліву шлункову вену, виконують гастротомію з прошиванням шлунково-стравохідного переходу П-подібними швами за способом В.М.Короткого. Авторами виконане накладання дистального спленоренального анастомозу способом Уоренна, накладання дистального спленоренального анастомозу в поєднанні з перериваючою операцією, накладання центрального спленоренального анастомозу. Слід зазначити, що часто (у дітей дошкільного віку, при добре розвинутому колатеральному кровообігу в системі нижньої порожнистої вени) можливий варіант операції, який включає перев'язку лівої шлункової вени, селезінкової артерії та прошивання шлунково-стравохідного переходу з гастрального доступу способом В.М.Короткого.

Останнім часом збільшилась кількість хворих дітей на виразкову хворобу (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки. Так, у відділеннях дитячої хірургії Науково-

дослідного інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України й Української спеціалізованої дитячої клінічної лікарні «Охматдит» прооперовано вісім пацієнтів з ВХ шлунка та дванадцятипалої кишки, що супроводжувалася шлунково-кишковою кровотечею та перфорацією з проявами перитоніту у чотирьох пацієнтів. Д.Ю.Кривченя та ін. при хірургічному лікуванні ВХ пропонують різні підходи: зашивання виразки дванадцятипалої кишки, зашивання виразки шлунка, клиноподібна резекція дванадцятипалої кишки, операція Більрот-I (у дитини з пухлиною пілоричного відділу шлунка), операція Більрот-II, селективна проксимальна ваготомія.

Незважаючи на досягнуті успіхи в діагностиці та лікуванні захворювань печінки у дітей, проблема хірургічних втручань залишається досить складною. Актуальності набули питання лікування ехінококозу печінки у дітей у зв'язку з певними труднощами обробки залишкових порожнин та частими рецидивами захворювання. Так, А.А.Лосєв та ін. (Одеса) запровадили різноманітні варіанти оперативних доступів залежно від локалізації кіст. Розріз Федорова, який виконували у 80% пацієнтів, забезпечував достатній доступ до кіст, які розміщувалися на діафрагмальній та вісцеральній поверхнях печінки. Втручання на сегментах лівої частки печінки необхідно виконувати після верхньої серединної лапаротомії. Кращий доступ до кіст, розміщених на діафрагмальній поверхні правої частки печінки – правобічна бокова торакотомія в VII або VIII міжребер'ї з френотомією. Цей оператив-

ний доступ дозволяє одночасно виконати ехінококектомію у правій легені. У шести дітей виконана лапароскопічна ехінококектомія. Дані операції показані при неусаднених кістах малих та середніх розмірів, розміщених на діафрагмальній або вісцеральній поверхнях печінки.

Своїм досвідом за віддаленими результатами хірургічного лікування ехінококозу печінки у дітей поділилися Т.А.Абдуфатов та Т.А.Ашуров (Таджикистан). Автори відзначають, що незважаючи на численні способи усунення залишкових порожнин, непаразитарні кісти на місці видаленого паразита виникають у 4-20% випадків.

Хворим на ехінококоз печінки після ехінококектомії фіброзні капсули кісти (ФКК) видаляють такими способами: капітонажем країв ФКК, інвагінаційним, загортанням країв ФКК за способом Н.Ф.Березкина, оментопексією способом А.Т.Пулатова, атиповими резекціями печінки, підшиванням діафрагми або клаптя діафрагми до дна залишкової порожнини з утворенням опори для жовчного міхура за способом Т.А.Абдуфатаєва.

Актуальним питанням, про що наголошувалося на з'їзді, є лікування кістозних

трансформацій жовчних шляхів у дитячому віці. В.В.Яременко (Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України) звернув увагу на те, що лікування кістозної трансформації жовчовідвідних шляхів тільки оперативне. За період з 1981 по 2001 р. проліковано 34 хворих з кістою спільної жовчної протоки (СЖП), 6 – з тубулярним стенозом СЖП, 14 – з уродженими (непаразитарними, нетравматичними) кістами печінки, 1 – з фіброкістозом печінки. Хворим з кістами СЖП виконано тотальне видалення кісти з холецистектомією та накладанням холедохоєюноанастомозу (22 хворих), з цистодуоденостомією (1), з цистоеюностомією, брауновським анастомозом та заглишкою Шалімова (3). Хворим на тубулярний стеноз СЖП виконана холедоходуоденостомія за способом Юраша-Виноградова.

У центрі уваги з'їзду були також актуальні проблеми дитячої хірургії: впровадження нових технологій в діагностиці та лікуванні перитоніту, оптимізація інтенсивного лікування сепсису, розширення діапазону оперативних втручань з приводу уроджених та гнійно-септичних уражень. На розв'язання цих проблем будуть спрямовані зусилля дитячих хірургів України.